

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université (Mention Médecine)

Année 1910

THÈSE

386

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

LES SIGNES

**Des Lésions organiques du système nerveux
dans la chorée de Sydenham**

ET LEUR SIGNIFICATION

PAR

MADemoiselle GATOW-GATOVSKI

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

NÉE A MINSK (RUSSIE), LE 24 AVRIL 1888

PRÉSIDENT : M. DEJERINE, PROFESSEUR

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, ÉDITEUR

9, Rue de l'Éperon, 9

1910

386

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université (Mention Médecine)

Année 1910

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

LES SIGNES
Des Lésions organiques du système nerveux
dans la chorée de Sydenham
ET LEUR SIGNIFICATION

PAR

MADemoiselle GATOW-GATOVSKI

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

NÉE A MINSK (RUSSIE), LE 24 AVRIL 1888

PRÉSIDENT : M. DEJERINE, PROFESSEUR

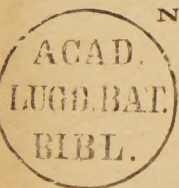
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, ÉDITEUR

9, Rue de l'Éperon, 9

1910



Faculté de Médecine de Paris

Doyen.....	M. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	DEJERINE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	GILBERT
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.....	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
Maladie des enfants.....	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.....	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
	PINARD
	BAR
Clinique d'accouchements.....	RIBEMONT-DES.
	SAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMLIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON FERN.	DUVAL, PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA, ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET, ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ, MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEJERINE

Professeur de Pathologie médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de la Salpêtrière
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Nous nous proposons, dans ce modeste travail, d'examiner les signes de la chorée de Sydenham et de voir si les signes trouvés chez nos malades ne répondent pas à une lésion organique du système nerveux, ce qui nous permettrait, en restant sur le terrain clinique, de nous rendre compte de la nature de la chorée de Sydenham.

Cette affection doit-elle être rangée parmi les névroses ou parmi les maladies organiques ?

Mais avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre reconnaissance à MM. les professeurs agrégés Walther-Rénon, Doléris, Schwartz et Marcel Labbé, et à M. le Docteur Mosny, Médecin des Hôpitaux, qui nous ont guidé pendant nos études médicales et qui nous ont témoigné une bienveillante attention.

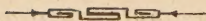
Que M. le professeur Déjerine veuille bien agréer l'assurance de notre profonde gratitude pour les précieux enseignements que nous avons reçus de lui pendant le temps où nous avons eu l'honneur d'être son externe. Il nous donne encore une nouvelle marque d'intérêt en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

Que M. André Thomas veuille bien accepter nos

remerciements les plus sincères pour nous avoir inspiré le sujet de ce travail et pour les nombreux et excellents conseils qu'il nous a donnés et qui nous ont permis de mener à bien notre étude.

Nous prions M. Dalché, dans le service duquel nous avons eu l'honneur d'être externe, de nous permettre de lui dire combien nous lui sommes reconnaissante pour toute la bienveillance de l'intérêt qu'il nous a toujours montré.

Nous voulons aussi remercier M. le docteur Leroux, qui a bien voulu nous accorder l'autorisation de recueillir nos observations dans son service, à la consultation des maladies nerveuses du docteur André Thomas.



CHAPITRE I

La chorée de Sydenham est une névrose constituée par des troubles psychiques, sensitifs et surtout moteurs, ceux-ci consistant en mouvements incoordonnés et involontaires.

MM. Hutinel et Bononneix écrivent dans leur traité des *Maladies des Enfants*:

« Cette formule que l'on trouve reproduite dans tous les traités classiques a été pour longtemps suffisante, elle ne nous satisfait plus aujourd'hui »

La chorée chronique est envisagée aujourd'hui comme une maladie organique: elle relève d'un processus de méningo-encéphalite chronique comme l'ont démontré plusieurs observations suivies d'autopsie. La chorée de Sydenham est encore considérée par beaucoup d'auteurs comme une névrose.

La preuve anatomique de la nature de la chorée de Sydenham n'est pas aussi facile à fournir que pour la chorée chronique. Mais il y a des chorées qui surviennent, au cours ou au déclin, ou dans la convalescence des maladies aiguës: elles débutent souvent comme la chorée de Sydenham. MM. Claude et Lhermitte ont rapporté un exem-

ple présentant des lésions des centres nerveux. La chorée de Sydenham est mal délimitée et diversement comprise suivant les auteurs. Comment identifier les chorées d'enfance qui ne durent que quelques semaines et celles d'une évolution chronique ou aiguë qui se terminent par la mort, si nous ne pouvons nous baser sur la communauté des caractères fondamentaux qui rattachent les uns aux autres, les types extrêmes et les types de transition.

M. Babinski en 1905 présente l'observation d'une fillette atteinte d'une chorée de Sydenham; chez cette malade il a observé la flexion combinée de la cuisse sur le bassin du côté le plus atteint. Ce signe se rencontre dans presque tous les cas d'hémiplégies organiques et il sert à les différencier des hémiplégies hystériques. « Quelle est sa signification dans la chorée? » écrit-il. Cette maladie est considérée par les uns comme une simple névrose, par moi et par d'autres, comme une perturbation organique. La chorée succède fréquemment aux maladies infectieuses et s'accompagne d'endocardite. Il y a lieu de supposer qu'elle est sous la dépendance d'une affection du centre nerveux »

M. Charpentier en 1906 a observé un cas de la chorée de Sydenham avec un signe de Babinski unilatéral.

M. Babonneix, en 1908, sur vingt et un cas: a constaté trois fois le signe de Babinski.

M. André Thomas était le premier à montrer que même les cas de chorée la plus légère sont de nature organique. Dans ses observations présentées à la Société de Neurologie et que nous avons publiées dans notre thèse, il rapporte plusieurs cas de chorée de Sydenham qui établissent de la façon la plus nette les signes de lésion organique du système nerveux central et plus spécialement les petits signes de perturbation du système pyramidal. Dans la première (observation XXXIII), l'enfant présente, outre l'hémichorée, le réflexe de Babinski, le signe de la pronation, la flexion combinée de la cuisse sur le bassin et surtout une prédominance des mouvements associés ou synérgiques du côté malade. Enfin la lymphacytose du liquide céphalo-rachidien vient s'ajouter aux signes précédents.

Les trois observations suivantes, l'observation XXXIV et l'observation XXXV sont l'exemple d'hémichorée qui peuvent rentrer dans le cadre de la chorée de Sydenham. Quelques signes tels que l'hypotonie, signe observé par M. Babinski, dans les cas d'hémiplégie organique et qui permet de différencier l'hémiplégie et la monoplégie brachiale de l'hémiplégie ou de la monoplégie hystérique, le signe de la pronation de la main, les syncinésies ou les mouvements associés dans l'observation XXXIV, le signe de Babinski et l'hypotonie dans l'observation XXXV, plaident en faveur d'une lésion organique du système nerveux.

Quant à l'observation XXXVI elle rappelle plutôt les observations qui ont été décrites sous le nom de chorée molle. On constate une hémiparésie du côté droit, une abolition des réflexes tendineux et cutanés, le signe de Babinski, l'affaiblissement des forces musculaires de tout le côté droit, plus accusé que celle que l'on signale ordinairement dans la chorée de Sydenham. Et M. André Thomas fait remarquer qu'on peut, entre la chorée de Sydenham, la plus typique et la chorée molle, la plus grave, observer tous les intermédiaires.

Selon M. Massalongo il n'est pas douteux que la cause étiologique la plus commune et la plus probable de la chorée vulgaire, se trouve dans la cause d'une maladie infectieuse.

Suivant la nature des produits solubles sécrétés par les différents microbes, suivant leur mode d'action et leur siège on aura la chorée diffuse, la chorée de courte durée, passagère ou prolongée. C'est également de la nature et du degré d'intensité des éléments que dépendent l'amyosthénie et l'apparition de la chorée molle.

La chorée de Sydenham présente une grande variabilité des symptômes ainsi que de leur intensité et de leur durée. M. Claude rapporte deux cas de chorée prolongée ou persistante avec des signes de lésions anatomiques légères du système nerveux. Les accidents choréiques ont débuté chez ces deux malades dans le jeune âge et per-

sistaient encore après plusieurs années d'une façon chronique, M. Claude propose d'appeler ces formes de la chorée, chorée persistante au chorée prolongée, ne produisant aucun trouble intellectuel.

Mais ce qui fait pour nous l'intérêt des observations des cas cités par M. Claude c'est que le désordre moteur s'accompagne de symptômes dénotant une altération organique légère du centre nerveux: exagération du réflexe rotulien du côté droit, extension de l'orteil du même côté chez un malade et paralysie de la III^e et de la VII^e paire qui s'est produite autrefois, diplopie, hypotonie de membre supérieur gauche avec exagération du réflexe olécrânien, enfin lymphocytose du liquide céphalo rachidien qui prouve bien d'un état méningé persistant. M. Claude suppose que d'une façon générale la persistance de la chorée est due à une intensité plus grande des lésions encéphalo-méningées, qui paraissent exister à l'origine de presque tous les cas de chorée vulgaire.

En 1909, au congrès de Nantes dans son rapport sur la chorée de Sydenham M. André Thomas a fait une analyse minutieuse des troubles observés dans cette maladie. Chez les dix malades qu'il eut l'occasion d'examiner, il a constaté des signes qui appartiennent à la symptomatologie des maladies organiques du système nerveux central et en particulier quelques-uns de ceux

qui ont été décrits comme indiquant une perturbation du faisceau pyramidal par M. Babinski. Quatre fois le réflexe cutané plantaire se faisait en extension dorsale et une fois le signe d'Oppenheim existait tandis que le signe de Babinski faisait défaut. Les troubles du tonus musculaire caractérisés par l'hypotonie sont le signe le plus constant des malades de M. A. Thomas. Cette hypotonie se localise avec prédominance dans certains muscles et en particulier dans les supinateurs des membres supérieurs, ce qui provoque, le phénomène de la pronation. Les réflexes tendineux, déclare-t-il, sont rarement troublés; chez un malade, ils étaient abolis (réflexe, patellaire et achilléen) d'un côté, mais il s'agissait d'un cas de transition entre la chorée banale ou la chorée molle. Deux fois les réflexes tendineux étaient exagérés d'un côté et deux fois le réflexe patellaire était prolongé.

Il a observé constamment la syncinésie du membre supérieur et les troubles de la diadococinésie.

Chez plusieurs malades il a constaté les troubles de la synergie, de la coordination, et six fois il a vu la dysmétrie; M. André-Thomas fait remarquer que les troubles de la diadococinésie, la syncinésie et la dysmétrie appartiennent tout autant à la symptomatologie des lésions localisées sous d'autres systèmes anatomiques que celui de la voie motrice corticale. Il n'a observé la flexion

combinée de la cuisse sur le bassin que chez deux malades et enfin en pratiquant la ponction lombaire chez quatre malades, il a trouvé deux fois une lymphocytose, l'une moyenne, l'autre discrète.

« Ces signes de lésion organique n'existent pas au complet chez tous les choréiques, fait-il observer plus loin, chez quelques-uns on n'en trouve que deux ou trois; le signe de Babinski peut être isolé. On peut supposer que dans certains cas ils manquent complètement: faudra-t-il à cause de leur absence exclure l'hypothèse d'une lésion organique? La chorée en tant que symptôme de maladie organique ne possède-t-elle pas de caractères qui lui soient propres. J'ai l'impression, en examinant les premiers malades, que la chorée consiste essentiellement en des secousses clonico-toniques » « Les secousses clonico-toniques, continue-t-il sur lesquelles j'ai attiré l'attention, me paraissent assez comparables aux décharges de l'épilepsie Jacksonienne dont elles diffèrent par l'absence de répétition en série, par leur apparition à l'état isolé ». Pour conclure il dit qu'en s'appuyant surtout sur les données de la clinique, la chorée de Sydenham n'est pas une névrose mais un symptôme d'encéphalite ou de méningo-encéphalite légère. Quant à la présence de signes considérés par certains auteurs comme propres à la symptomatologie des lésions cérébelleuses, elle peut s'expliquer soit par la concomitance d'altération dans le cervelet ou ses dépen-

dances, soit même par la localisation dans l'écorce cérébrale. Celle-ci est reliée à l'écorce cérébelleuse, il n'est pas illogique de supposer que des symptômes communs ou du même ordre puissent se rencontrer dans les lésions de la voie cérébro-cérébelleuse sur un point quelconque de son trajet. Ces symptômes font défaut souvent dans les grosses lésions de l'écorce cérébrale parce qu'ils sont masqués par l'hémiplégie concomittante.

Ajoutons encore comme exemple de chorée de Sydenham avec les signes de lésion organique l'observation de MM. Jumentié et Chenet présentée à la Société de Neurologie: il s'agit d'un enfant âgé de onze ans atteint de la chorée et présentant l'hypotonie, le réflexe patellaire exagéré avec tendance à la trépidation épileptoïde, le signe de Babinski, les mouvements associés et les troubles de la diadococinésie.

M. Dupuy, dans sa thèse sur trente cas examinés a trouvé le signe de Babinski deux fois.

En résumé comme nous avons pu nous en rendre compte certains auteurs sont d'accord au point de vue de l'étiologie pour reconnaître que les chorées d'enfance et en particulier la chorée de Sydenham ont une origine infectieuse.

Pour les premières: chorée chronique, chorée molle et chorée mortelle aiguë les lésions organiques sont indiscutables. La présence des signes

des lésions organiques retrouvés dans la chorée de Sydenham permet de la considérer à l'égal des autres chorées comme une maladie organique ne présentant toutefois que des troubles légers et passagers.



CHAPITRE II

Dans ce chapitre nous étudierons les signes cherchés et trouvés chez nos malades, et qui nous permettront plus loin de tirer une conclusion. Examinons d'abord les mouvements choréiques. D'après M. André Thomas, il existe chez les choréiques deux ordres de troubles kinétiques :

1° Les mouvements désordonnés, irréguliers, sans but, involontaires, considérés comme mouvements choréiques proprement dits. Ces mouvements peuvent s'amender considérablement sous l'influence du repos et de la volonté. Il suffit parfois de commander aux malades de se tenir tranquille pour voir comme les mouvements diminuent d'intensité et de nombre.

2° Les secousses clonico-toniques, qui surviennent brusquement entraînent des déplacements moindres que celles de la chorée hystérique. Les secousses prédominent d'un côté, elles se fixent avec une certaine prédilection dans chaque cas particulier sur tel muscle plutôt que sur tel autre et cette élection des secousses clonico-toniques est plus marquée pour les membres supérieurs et particulièrement pour les muscles de l'épaule. M. Claude a observé ces secousses dans les observa-

tions de la chorée prolongée que nous avons déjà citées.

L'*hypotonie musculaire* que nous avons rencontrée constamment dans nos observations (sur 32 cas nous l'avons constaté 28 fois) était surtout marquée du côté le plus atteint, dans l'observation II et dans les observations X et XIII où les enfants étaient atteints d'hypotonie générale, l'hypotonie était cependant plus accentuée du côté le plus atteint. Elle prédominait surtout au membre supérieur et particulièrement au coude.

Voilà comment on procède pour la rechercher au membre supérieur: pour le coude, on implique à l'avant-bras placé en supination un mouvement passif de flexion sur le bras et on cherche à appliquer ainsi ces deux segments du membre supérieur l'un sur l'autre, aussi fortement qu'il est possible de le faire, sans provoquer de douleur en déployant la même énergie; de même on peut plus rarement provoquer l'hyperextension de l'avant-bras sur le bras pour constater l'hypotonie du coude. Pour chercher l'hypotonie de l'épaule on ramène derrière la tête le coude du côté examiné, il se rapproche davantage de l'attache du cou, s'il y a hypotonie.

Enfin, pour le membre inférieur, la cuisse étant pliée à angle droit sur le tronc, ou fortement fléchie sur lui, en cas d'hypotonie, le talon est plus facilement ramené au contact de la fesse

et la cuisse plus facilement au contact du tronc. L'hypotonie musculaire signalée pour la première fois dans la chorée par MM. Hey et Bouhaeffer, a été surtout observée dans l'hémiplégie organique par M. Babinski, et depuis, elle sert comme signe différentiel entre l'hémiplégie organique et l'hémiplégie hystérique. L'hypotonie peut prédominer dans certains muscles, par exemple dans les supinateurs au membre supérieur et elle se manifeste quand, après avoir mis les avant-bras en flexion sur les bras, puis les bras et les mains en supination, les muscles étant en résolution complète, on soulève brusquement les mains par une série de petits tapotements: la main du côté le plus atteint est davantage en pronation; ou bien encore quand les bras pendent ballants, le long du corps, l'une des deux mains est plus en pronation que l'autre; elle se présente par la face dorsale. La même attitude est quelquefois prise ou conservée pendant la marche.

Ce phénomène de la pronation de la main, trouvé constamment chez les hémiplégiques organiques, par M. Babinski, était observé par nous dans les observations: IV, VIII, XI, XII et XXIX, l'hypotonie est moins variable que tous les autres signes de la chorée, elle persiste le plus longtemps de tous les signes et elle diminue avec l'amélioration (obser. I).

Les réflexes tendineux étaient modifiés chez

seize malades; chez onze malades, nous avons trouvé l'exagération des réflexes tendineux d'un côté seulement ou d'un réflexe patellaire, une fois du réflexe olécrânien; quatre fois, les réflexes tendineux étaient affaiblis et une fois abolis. Enfin, chez seize malades, les réflexes tendineux étaient normaux. Deux fois, nous avons observé un réflexe patellaire prolongé qui se caractérise par le fait suivant: lorsque le malade couché, le genou soulevé, le talon restant sur le plan du lit, et les muscles étant dans le relâchement, si on percute le tendon rotulien, on provoque une projection du pied, mais celui-ci, au lieu de retomber immédiatement, reste élevé un temps variable, puis retombe lentement à sa position primitive. Ce phénomène serait du à un mouvement involontaire additionnel provoqué par la percussion du tendon rotulien renforçant les mouvements choréiques. Le réflexe patellaire prolongé avait été signalé antérieurement par MM. Weil (de Lyon) et Esner. C'est dans le côté où prédominent les mouvements choréiques qu'on observe la modification des réflexes. M. Oddo fait observer que « lorsque le réflexe était normal d'un côté, c'était toujours du côté sain où le moins atteint ».

Chez quelques malades, nous avons constaté le réflexe exagéré et l'hypotonie d'un seul membre; par exemple, l'hypotonie du coude et l'exagération du réflexe olécrânien.

M. Dupuy, dans sa thèse, sur trente cas de chorée de Sydenham. trouve les réflexes tendineux normaux treize fois, diminués cinq fois, exagérés douze fois.

Par conséquent, les réflexes tendineux sont souvent modifiés et, dans la majorité des cas, ils sont exagérés.

La flexion combinée de la cuisse sur le tronc a été rencontrée chez trois malades (ob. V, VI, XXIX). Pour chercher la flexion combinée on fait coucher le malade les jambes légèrement écartées et les bras croisés sur la poitrine, on ordonne au malade de s'asseoir et comme le malade fait un effort pour se mettre sur son séant, la cuisse du côté le plus atteint exécute un mouvement de flexion sur le bassin et le talon, se détache du sol, tandis que le membre inférieur du côté sain reste immobile, ou que la flexion de la cuisse et le soulèvement du talon n'apparaissent que tardivement et moins bien marqués. On peut observer le même phénomène quand le malade se renverse avec brusquerie.

La flexion combinée de la cuisse sur le bassin se rencontre chez les hémiplegiques organiques. Elle a été décrite par M. Babinski, il l'a plusieurs fois observée dans la chorée de Sydenham. M. André Thomas n'a vu la flexion combinée que chez deux malades sur dix.

Les syncinésies du membre supérieur, ou mou-

vements associés, trouvées chez quinze malades s'observent quand l'enfant serre très fort avec la main la moins prise; il se produit un mouvement similaire très énergique de la main malade: l'inverse n'a pas lieu. Récemment, nous avons observé avec M. André Thomas que l'occlusion forte des paupières provoque chez certains choréiques soit la flexion des doigts, soit la flexion de l'avant bras sur le bras; chez certains malades elle a augmenté les mouvements choréiques (obs. IX, XIII, XVIII, XIX). Ces phénomènes se produisent du côté le plus atteint, M. André-Thomas et nous l'avons rencontré chez un certain nombre d'hémiplégiques et dans la paralysie infantile.

Quelquefois l'occlusion énergique de la main malade entraîne du même côté un mouvement d'élévation de l'épaule, beaucoup plus fort que l'occlusion de la main saine.

Le mouvement de la flexion de la main du côté le plus atteint est remplacé par un mouvement d'hyperextension. Les syncinésies ou les mouvements associés sont habituels chez les hémiplégiques lorsque le côté sain est le siège d'une contraction musculaire volontaire.

Les troubles de la syneinésie, de la coordination se caractérisaient chez plusieurs malades par exemple, dans l'acte de porter le doigt sur le nez, ou le talon sur le genou: le mouvement, au lieu d'être continu est exécuté en plusieurs temps,

avec des arrêts. Pour porter le doigt sur le bout du nez, trois malades, chez qui nous avons vu ce phénomène, commençaient par rapprocher le coude du tronc, l'avant bras en flexion sur le bras la main en extension sur l'avant-bras; puis la main s'abaissait en flexion sur le poignet: il y avait décomposition du mouvement.

Quand le mouvement pour porter le doigt sur le bout du nez est produit plus rapidement, le doigt dépasse le but, le mouvement, dans ce cas, est démesuré, il y a *dysmétrie*. Nous avons trouvé la dysmétrie chez dix malades. On peut la chercher par l'épreuve classique qui consiste à porter le doigt sur le bout du nez, sur laquelle M. Babinski s'est appuyé pour démontrer l'existence des mouvements démesurés. Nous l'avons charchée aussi par la méthode de M. André-Thomas: on dit au malade de prendre un verre; pour saisir le verre, le malade ouvre la main plus qu'il n'est nécessaire, de même pour lâcher le verre, la main s'ouvre démesurément, les doigts se mettent en hyperextension. Il ne faut pas confondre la dysmétrie avec l'ataxie; elle diffère de l'ataxie par deux caractères fondamentaux: la conservation complète ou presque complète de l'orientation vers le but et l'influence presque nulle de la vue sur la régularité des mouvements.

Les troubles de la diadococinésie, constatés chez dix-huit malades, sont constitués par l'im-

possibilité d'exécuter des mouvements alternatifs à succession rapide; comme type de mouvements successifs on peut prendre l'acte qui consiste à porter alternativement, avec toute la rapidité dont on est capable, la main en pronation puis en supination. M. Babinski a signalé ce phénomène dans les cas de lésions cérébelleuses. Les mouvements choréiques ne sont pas suffisants par eux-mêmes pour rendre compte de ce trouble.

Le réflexe cutané plantaire en extension du gros orteil ou signe de Babinski a été trouvé chez huit malades (obs. XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV) et une tendance au signe dans l'obs. XVII. Chez les malades examinés le signe de Babinski est unilatéral. Il s'accompagne, comme dans l'obs. XVIII, du signe d'éventail décrit par Dupré.

M. Babinski, en 1896, a montré que si dans les cas normaux, les orteils se fléchissent par l'excitation plantaire, dans d'autres cas ils se mettent en extension. Ce phénomène de l'extension s'applique surtout à l'extension du gros orteil; lorsqu'on le trouve, il est toujours lié à la perturbation du système pyramidal.

Nous n'avons pas constaté de modification dans le réflexe cutané abdominal.

Le signe d'Oppenheim a été rencontré chez deux malades. Il était unilatéral (obs. I), le signe de Babinski était absent. Pour obtenir le signe

d'Oppenheim, il faut frotter énergiquement la peau de la surface antérieure de la jambe en traînant par exemple de haut en bas le manche d'un marteau à percussion; chez les sujets normaux il se produit la flexion plantaire des orteils, ou bien il ne se produit aucun mouvement, mais, dans les cas de lésion du faisceau pyramidal, c'est au contraire l'extension des orteils qui se produit.

Chez nos trente deux malades examinés, nous n'avons pas rencontré le signe de Schœffer.

Le réflexe crémastérien n'était pas modifié.

Les troubles de la sensibilité, les troubles pupillaires n'existaient pas chez nos malades.

La ponction lombaire, pratiquée sept fois, a donné une fois une lymphocytose discrète (obs. IV), et une fois une hyperextension du liquide céphalo-rachidien très marquée (obs. XXVI). Chez les cinq autres malades, le liquide céphalo-rachidien était normal. MM. Sicard et Babonneix, sur cinq cas de chorée légère, observés chez les enfants, ont constaté deux fois une lymphocytose discrète; trois fois le cyto-diagnostic a été négatif. Dans un cas de chorée intense, avec fièvre, céphalée et mauvais état général, M. Sicard a observé une lymphocytose nette et qui au bout de six semaines persistait encore, mais très discrète. D'après le même auteur le cyto-diagnostic reste absolument négatif dans la chorée hystérique et dans la chorée chronique.

En résumé: nous avons constaté chez trente-deux malades examinés: l'hypotomie musculaire, vingt-huit fois; les réflexes tendineux exagérés, onze fois; affaiblis, quatre fois; abolis, une fois et normaux, seize fois; la flexion combinée sur le bassin, trois fois; les syncinésies du membre supérieur, quinze fois; le signe de Babinski, huit fois; le signe d'Oppenheim, deux fois; la lymphocitose discrète, une fois et une fois l'hyperextension du liquide céphalo-rachidien, sur sept ponctions lombaires pratiquées.

D'après nos observations, on peut voir que tous ces phénomènes que nous avons énumérés se rencontrent, surtout dans le côté où prédominent les mouvements choréiques. Lorsque la chorée passe d'un côté à l'autre, le dernier côté est généralement moins atteint. On peut y observer à ce moment les mêmes phénomènes alors qu'ils ont disparu dans le côté le premier atteint.

Les signes constatés chez nos malades, comme nous l'avons déjà fait remarquer, se rencontrent dans les maladies organiques du système nerveux. Ces signes n'existaient pas parfois au complet chez nos choréiques; nous les avons trouvés dans certains cas à l'état isolé; rarement ils manquaient. Il faut ajouter que assez souvent les choréiques ont présenté des troubles mentaux très légers comme les troubles légers de l'attention, du caractère et de la mémoire.

Pour terminer ce chapitre, il nous reste à dire

quelques mots sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de la chorée de Sydenham, sans nous arrêter longtemps sur cette partie de l'étude de la maladie qui n'entre pas dans le sujet de notre travail.

La chorée telle qu'elle a été décrite par Sydenham ne se manifeste que depuis l'âge de dix ans, jusqu'à l'âge de la puberté, c'est l'opinion exprimée par Gille de la Tourette, avec cette correction que la maladie peut se montrer avant l'âge de dix ans mais il n'admet pas que la chorée dite de Sydenham puisse se rencontrer après la puberté.

La chorée a une prédilection marquée pour le sexe féminin. Dans l'immense majorité des cas, la chorée est d'origine infectieuse. Il n'est pas, pour ainsi dire, d'état infectieux qui ne soit capable dans certaines conditions, de faire apparaître la chorée, et, de toutes les infections, celle qui intervient de beaucoup le plus fréquemment, c'est le rhumatisme articulaire aigu. L'influence du rhumatisme a surtout été mise en lumière par G. Sée et Henri Roger. La chorée se rattache donc étiologiquement à une maladie infectieuse, et cette théorie tend à se répandre de plus en plus. Cette notion de l'infection, depuis longtemps acceptée comme cause de la chorée, fait remarquer M. Claude, laisse supposer que les agents toxico-infectieux devaient produire dans les centres nerveux des altérations plus ou moins appréciables

Les cas où, en dehors des manifestations rhumatismales, l'infection se traduit d'abord par des lésions cardiaques, de la fièvre et ultérieurement par de l'agitation choréique, semblent bien montrer que la chorée n'est que l'expression d'une altération encéphalique. Enfin, continue-t-il, la démonstration de la réalité de ces lésions encéphaliques plus ou moins circonscrites est évidente dans les chorées aiguës qui s'accompagnent de troubles mentaux. Il cite le cas d'une chorée terminée par la mort, rapporté par lui et M. Lhermitte. Ils ont trouvé des lésions cortico-méningées et optostriées, qui ont probablement provoqué à la fois l'agitation choréique et le délire.

La plupart des recherches poursuivies depuis longtemps notamment celle de Lauferbauer (1890), Silvestre et Doddi (1898), Thomsen (1900), Préobrajenski (1901), Dupré et Camus (1909), Mery et Babonneix (1908) sont assez concordantes et montrent qu'il existe dans ce cas de chorée mortelle des altérations méningées, des lésions encéphaliques de l'écorce ou des noyaux optostriés. Dans l'écorce, surtout de région rolandique, on a observé souvent des lésions cellulaires. Citons encore le cas de M. Laignel Lavastine rapporté au Congrès de Nantes 1909, où il s'agissait également d'une méningo-encéphalite diffuse, très marquée; le cas d'une chorée de Sydenham, terminée par la mort, rapporté par MM. Delcourt et René Sand, qui permet aux auteurs de con-

clure que la chorée de Sydenham a pour substratum dans un certain nombre de cas une inflammation modérée et diffuse de l'axe cérébro-spinal et des méninges; cette inflammation se caractérise par une congestion très marquée accompagnée par place de foyers d'exsudation leucocytaire. Enfin, M. Sainton, dans son rapport sur la chorée chronique, remarque que les différentes lésions se caractérisent par une méningo-encéphalite chronique.

Nous pouvons ajouter que la présence de certains signes, comme le signe de Babinski, l'hypotonie, sont en faveur d'une lésion de la voie pyramidale, ou de la zone corticale; la présence de légers troubles psychiques: l'irritabilité et le manque d'attention, comme dans la chorée chronique, sont également en faveur de la participation de l'écorce cérébrale. La présence de signes qui appartiennent à la symptomatologie des lésions cérébelleuses s'explique, comme l'a déjà fait observer M. André-Thomas, par la concomittance d'altérations dans le cervelet, par l'intermédiaire de l'écorce cérébelleuse et de l'écorce cérébrale qui sont reliées entre elles. Ces symptômes font défaut dans les grosses lésions masquées par l'hémiplégie.

Les lésions doivent être très légères puisque dans la majorité des cas la chorée de Sydenham guérit. Les secousses musculaires observées également par M. Claude et M. André-Thomas doi-

vent être attribuées, d'après M. André-Thomas, à la persistance de quelques lésions anatomiques de l'écorce cérébrale. Pour conclure, nous dirons, en nous appuyant sur les signes trouvés chez nos malades et sur les résultats des autopsies faites, que la chorée de Sydenham répond à une encéphalite ou une méningo encéphalite légère et que la voie pyramidale ou l'écorce cérébrale sont le siège de cette affection.

Nous n'indiquerons que rapidement les effets du traitement, noté dans nos observations, et nous signalerons aussi le rôle de l'isolement dans la chorée de Sydenham.

Etant externe dans le service de M. le professeur Déjérine, nous avons pu nous rendre compte du traitement par le repos au lit, et par l'isolement. Nous avons déjà dit plus haut que les choréiques présentent deux sortes de mouvements *les mouvements choréiques proprement dits qui, sous l'influence du repos et de la volonté, peuvent s'amender* et des secousses clonico-toniques, qui ne se modifient ni par le repos ni par la volonté. Le malade doit rester couché jour et nuit et de plus il doit être isolé chez lui à l'abri de toute cause d'émotion, de surexcitation, de surmenage dont l'influence serait mauvaise. L'alimentation doit être substantielle, le régime lacté rend un service appréciable, d'abord par ses propriétés, et aussi parce qu'il permet de doser facilement la ration alimentaire. En l'espace de quelques jours on assiste à une sédation de tous les symp-

tômes. Leur disparition est un peu moins rapide dans les chorées qui, par leur époque d'apparition peuvent être rangées dans le groupe des chorées de Sydenham bien que les résultats soient encore bons. L'isolement relatif, chez les parents, donne parfois d'excellents résultats. Comme médicaments nous avons employé souvent la liqueur de Boudin dont il ne faut jamais dépasser la dose et rarement l'antipyrine.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle)

Aimée F..., âgée de onze ans et demi vient à la consultation.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants, cinq enfants, un enfant mort à sept mois d'une méningite.

Antécédents personnels : Née à terme. Elle a eu la rougeole à quatre ans. Il y a trois semaines, elle a eu une céphalée accompagnée de fièvre. A la suite de cet état fébril et peu de temps après, des mouvements choréiques sont apparus, limités au début dans la jambe droite. L'enfant devient maladroit, le bras droit présente également des mouvements choréiques. L'enfant est plus triste et plus irritable. Elle pleure facilement, le sommeil est moins bon.

Examen le 9 juillet 1909 : Les mouvements choréiques sont surtout localisés dans le côté droit. Peu de chose dans la face. Quelques mouvements de l'épaule gauche.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Hypotonie du coude gauche.

Le signe d'Oppenheim est à droite.

Le signe de Babinski fait défaut.

Dysmétrie du côté droit.

Diodococinésie à droite.

Absence des mouvements associés.

Tous les malades ont été examinés à la consultation de M. le Dr André Thomas dans le service de M. le Dr Leroux, au dispensaire Furtado-Heine.

On ne trouve pas la flexion combinée de la cuisse et du tronc.

Lorsqu'elle porte son doigt vers son nez, les mouvements choréiques deviennent plus fréquents; la main se met en flexion sur l'avant-bras.

On ne constate pas le signe de la pronation par la méthode de Babinski, mais, pendant la marche, la main droite est en pronation forcée. Pendant la marche, le bras gauche suit normalement la jambe gauche; au contraire, le bras droit ne suit pas la jambe droite.

Le signe du peaucier fait défaut.

Ponction lombaire négative; pas de lymphocytose.

Traitement : Repos au lit, liqueur de Boudin

Le 31 juillet, grande amélioration. On constate la pronation de la main droite dans l'attitude debout.

Le 4 mars 1910, amélioration, l'enfant présente quelques mouvements choréiques localisés à droite, et un peu d'hypotonie à droite.

Il existe encore une légère diadococinésie à droite.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Lucien M..., âgé de dix ans, vient à la consultation le 8 octobre 1909.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants; onze enfants; deux enfants sont morts de bronchite capillaire, deux enfants morts de la diarrhée verte, les autres sont bien portants.

Antécédents personnels : Pas de maladies antérieures. Il fut atteint, il y a six semaines environ, de rhumatisme articulaire subaigu. Les mouvements choréiques ont débuté pendant la crise articulaire.

Examen : *Signe d'Oppenheim très net à gauche.*

Le réflexe cutané plantaire. *Signe de Bobinski* faible, mais existe à gauche.

Hypotonie musculaire de l'épaule, de la hanche et du genou à gauche.

Pas de modification des réflexes tendineux.

Pas de dysmétrie, pas de diadococinésie.

Pendant la marche, les mouvements du bras gauche ne suivent pas les mouvements de la jambe du même côté.

Rien aux pupilles.

Traitement par le repos au lit.

Le 22 octobre, grande amélioration, cessation complète des mouvements.

OBSERVATION III

(Personnelle)

Henriette B..., âgée de sept ans et demi, vient à la consultation le 3 décembre 1909.

Antécédents héréditaires : Mère bien portante; Père tousse. Trois enfants : un mort de la rougeole à trois ans et demi.

Antécédents personnels : Née à terme, nourrie au sein. Congestion pulmonaire à deux ans et demi. Coxalgie à trois ans, a été soignée à Berck et guérie en treize mois. Elle tousse depuis huit mois. Elle est atteinte de mouvements choréiques généralisés et qui ont débuté brusquement.

Le réflexe cutané plantaire faible des deux côtés.

Hypotonie musculaire du membre supérieur gauche.

Dysmétrie à gauche.

Le réflexe patellaire droit plus fort.

Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont normaux.

Traitement par le repos au lit.

OBSERVATION IV

(Personnelle)

Laurence C..., âgée de huit ans et demi, vient à la consultation le 2 juillet 1909.

Antécédents héréditaires : Mère bien portante actuellement, a eu la chorée à quatorze ans; six enfants vivants et quatre fausses couches.

Antécédents personnels : Née à terme. Fièvre typhoïde au mois de décembre 1907. Elle était soignée, pendant quarante jours, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Début des mouvements choréiques, il y a six semaines, dans le côté droit.

Examen : Les réflexes tendineux du côté droit sont exagérés, surtout le réflexe patellaire.

Hypotonie musculaire du coude droit.

Diadococinésie à droite.

Dysmétrie dans la préhension.

Syncinésie droite.

Signe de la pronation de la main droite pendant la marche.

Pas de flexion combinée de la cuisse sur le bassin.

Réflexes cutanés normaux.

Pas de signe de Babinski.

Ponction lombaire : on trouve une *lymphocytose discrète*.

Traitement par la liqueur de Boudin et par le repos au lit.

OBSERVATION V

(Personnelle)

E. T..., âgé de huit ans, vient à la consultation le 21 janvier 1910.

Antécédents héréditaires : Mère bien portante, père asthmatique. Neuf enfants : les deux derniers sont morts-nés, une fausse couche de deux mois et demi.

Antécédents personnels : Aucune maladie antérieure. Début des mouvements choréiques au mois de septembre 1908, dans le bras gauche, et étendu plus tard à tout le côté gauche. Cela dure six semaines. Etat actuel : récurrence depuis trois semaines, également du côté gauche. Cette fois, sans cause et sans émotion, comme la première fois. Le côté droit remue quelquefois, mais moins que le côté gauche. On constate que l'enfant présente des troubles de la marche. Il talonne de la jambe, les membres inférieurs sont en abduction plus marquée du côté gauche. Rien au cœur.

Hypotonie de l'épaule, du coude et du genou du côté gauche.

Diadococinésie du côté gauche.

Tendance au signe de la pronation de la main.

Flexion combinée de la cuisse et du tronc.

Réflexes tendineux égaux des deux côtés.

Le signe de Babinski fait défaut.

Pas de signe d'Oppenheim.

La syncinésie est peut-être plus forte par l'occlusion de la main gauche, mais le serrement avec la main droite produit une augmentation des mouvements choréiques à gauche.

Traitement : Repos absolu au lit; liqueur de Boudin; régime lacto-végétarien.

OBSERVATION VI

(Personnelle)

Aimée L..., âgée de onze ans, entre à l'hospice de la Salpêtrière, dans le service de M. Déjerine, le 28 mars 1910.

Antécédents héréditaires : Mère très nerveuse, père bien portant, un frère bien portant.

Antécédents personnels : Née à terme, elle a eu des convulsions et la rougeole à quatre ans. Il y a trois ans, la malade était atteinte du rhumatisme articulaire aigu, et, depuis quelques jours, la malade présente une nouvelle attaque de rhumatisme avec des douleurs articulaires généralisées; en même temps, sont apparus des mouvements choréiques surtout localisés du côté droit.

Etat actuel : La malade est très agitée, présente une grande maladresse.

Peu de mouvements à la face, seulement quelques mouvements des lèvres.

Hypotomie musculaire des deux côtés, plus marquée à droite.

La flexion combinée de la cuisse sur le bassin à droite.

Pas de signe de Babinski, mais le signe d'Oppenheim est à droite; pas de signe de Schœffer.

Diadococinésie des deux côtés.

Syncinésie bilatérale beaucoup plus marquée à droite.

La force musculaire considérablement diminuée du côté droit.

Les réflexes tendineux aux membres supérieurs sont *affaiblis*; aux membres inférieurs, ils sont normaux.

Traitement : isolement et repos au lit.

OBSERVATION VII

(Personnelle)

Fernande L. . , âgée de 8 ans, vient à la consultation le 23 décembre 1909.

Antécédents héréditaires : père tabétique, mort à 43

ans; mère bien portante, trois enfants bien portants, nés avant le début du tabès. La malade est née au début de la maladie.

Antécédents personnels : Elle fut atteinte pour la première fois de la chorée, en 1908; deuxième attaque, en février 1909. Etat actuel : atteinte de la chorée pour la troisième fois, à la suite de douleurs articulaires, elle présente quelques mouvements choréiques, un affaiblissement des réflexes tendineux.

Le signe de Babinski fait défaut.

Traitement, repos au lit.

Le 31 décembre, persistance des mouvements dans le bras gauche. *Hypotonie* musculaire légère des deux épaules, très marquée des deux coudes.

Les réflexes tendineux très faibles partout.

OBSERVATION VIII

(Personnelle)

Clotilde A..., âgée de 14 ans, vient à la consultation le 14 juillet 1909.

Antécédents héréditaires : les parents sont bien portants, trois enfants : un enfant est mort d'une bronchite.

Antécédents personnels : née à terme, elle a parlé et marché dans les délais normaux. La malade a eu la rougeole à deux ans. Elle fut atteinte d'une attaque de chorée au mois de septembre 1908, après être tombée dans une marre d'eau. Elle présentait des mouvements choréiques rien qu'à droite, accompagnés de fièvre et de douleurs articulaires avec sommeil très agité.

Etat actuel : l'enfant est atteint depuis dix jours de mouvements incoordonnés à droite, accompagnés de nou-

veau de fièvre et de douleurs articulaires. L'appétit est moins bon.

Examen : les réflexes tendineux; olécraniens, du poignet et achilléen sont plus forts à droite; le réflexe patellaire est plus fort et prolongé à droite.

Les réflexes cutanés : le réflexe cutané plantaire normal, le réflexe cutané abdominal normal.

Hypotonie musculaire plus marquée à droite.

Diadococinésie à droite.

Syncinésie plus marquée à droite, il y a hypertension de la main du côté atteint au lieu de flexion. Pendant la marche il y a des mouvements anormaux : les membres inférieurs sont en abduction.

Le signe de la pronation existe à droite.

La force musculaire est égale des deux côtés.

Pas de troubles de la sensibilité.

Pas de flexion combinée de la cuisse sur le bassin.

Trouble de la coordination marqué quand l'enfant porte le doigt de la main droite sur le bout du nez.

Pas de signes d'Oppenheim et de Schœffer.

Ponction lombaire : liquide céphalo rachidien normal.

OBSERVATION IX

(Personnelle)

Ivonne Y..., âgée de 14 ans 1/2, vient à la consultation le 18 avril 1910.

Antécédents héréditaires : Mère bien portante. Père mort à la suite d'une hémorragie cérébrale; cinq enfants bien portants et un enfant né à sept mois, mort après la naissance.

Antécédents personnels : Née à terme, nourrie au sein

par la mère. Elle n'est pas encore réglée. A l'âge de cinq ans elle a eu la varicelle. La malade fut atteinte il y a six mois d'une attaque du rhumatisme articulaire aigu et pendant deux mois elle a gardé le lit.

Les mouvements choréiques sont apparues il y a cinq semaines dans le bras droit, en même temps elle a éprouvée une certaine difficulté pour parler et eut quelques mouvements des paupières et des lèvres.

Examen : les *réflexes tendineux* sont normaux, sauf le patellaire à droite, un peu plus fort et l'*olécranien droit* qui est *très fort*.

Hypotonie musculaire du coude droit.

Syncinésie bilatérale mais plus marquée à droite et surtout par l'occlusion des paupières.

Diadococinésie : à droite.

Les réflexes cutanés normaux.

Le bras droit est en pronation et ne suit pas pendant la marche les mouvements de la jambe droite.

Il existe un souffle systolique net à la pointe qui se propage dans l'aisselle.

Traitement : repos au lit, liqueur de Boudin.

OBSERVATION X

(Personnelle)

Robert V..., âgé de 11 ans et 1/2, vient à la consultation, le 11 mars 1910.

Antécédents héréditaires : Mère très nerveuse, père bien portant.

Antécédents personnels : né à terme, nourri au sein par la mère. Coqueluche à 11 mois, diphtérie à 2 ans 1/2. Rougeole à l'âge de 9 ans.

L'enfant à présenté il y a trois semaines des douleurs dans les articulations, surtout dans les articulations du genou et du poignet, accompagnées de céphalée. Quelques semaines après sont apparus les mouvements choréïques.

Examen : les mouvements choréïques existent des deux côtés. L'enfant est très agité.

Réflexes tendineux normaux.

Réflexes cutanés normaux, pas de signe de Babinski.

Hypotonie musculaire très marquée on la trouve des deux côtés, un peu plus accentuée du côté droit.

La force musculaire est normale et égale.

Pas de flexion combinée de la cuisse sur le bassin.

On provoque assez facilement le clonus de la rotule.

Syncinésie bilatérale plus marquée à droite.

Pas de signe d'Oppenheim.

Pendant la marche on n'observe rien d'anormal.

Traitement : repos au lit, liqueur de Boudin : deux cuillères à café par jour.

Le 25 mars, l'enfant est plus calme.

La diadococinésie est à peine marquée.

Le 29 avril, grande amélioration.

Hypotonie musculaire persiste et elle est toujours plus marquée à droite.

OBSERVATION XI

(Personnelle)

Andrée T..., âgée de 12 ans 1/2.

Antécédents héréditaires : père alcoolique.

Un seul enfant.

Antécédents personnels : entérite, varicelle et scarla-

tine dans l'enfance. Elle fut atteinte il y deux ans de rhumatisme articulaire aigu. Depuis un mois, elle présente une incontinence d'urine diurne et nocturne. Remue depuis un mois. Les mouvements choréïques ont commencé par le bras gauche. Ils sont augmentés depuis quatre jours et ils prédominent toujours du côté gauche.

L'enfant est devenu plus irritable et triste. Le sommeil est agité.

Examen : Hypotonie musculaire très nette à gauche.

Diadococinésie, dysmétrie, signe de la pronation, les réflexes tendineux un peu renforcés à gauche, rien de semblable à droite.

Pas de syncinésie.

Signe de la pronation pendant la marche à gauche.

Absence des signes de Balinski et d'Oppenheim.

Ponction lombaire; liquide céphalo-rachidien normal.

OBSERVATION XII

(Personnelle)

Louis L..., âgé de quatorze ans, vient à la consultation le 17 mai 1909.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Rougeole à cinq ans. Le 4 mai sont apparus les mouvements choréïques dans le côté droit seulement. Pas d'émotions, pas de peur. Le sommeil est bon.

Examen : Les mouvements existent dans tout le côté droit, surtout dans le bras, un peu moins dans la jambe et un peu dans la face.

Réflexes tendineux normaux.

Réflexes cutanés normaux.

La flexion combinée existe des deux côtés.

Signe de la pronation de la main.

Syncinésie à droite par l'occlusion de la main gauche.

Hypotonie musculaire du coude droit, la flexion du coude droit est plus facile.

Le 23 mai 1907, *Diadococinésie* à droite.

Les mouvements du bras droit ne suivent pas les mouvements de la jambe droite.

Le malade est très fatigué, mais il dort davantage et mieux.

Le 9 juillet, le côté droit va beaucoup mieux. Mais il existe actuellement quelques mouvements choréiques dans le côté gauche. Les mouvements associés ou *syncinésie* sont *plus forts par l'occlusion* de la main droite.

Dysmétrie pour prendre et lâcher le verre à gauche.

Pas de signe de la pronation à gauche.

Pendant la marche, le bras gauche suit mieux les mouvements de la jambe gauche que le bras droit ceux de la jambe droite.

Les signes de Babinski et d'Oppenheim font défaut.

Pas de flexion combinée de la cuisse sur le bassin.

Traitement : Repos au lit, liqueur de Boudin.

OBSERVATION XIII

(Personnelle)

Robert G..., âgé de quatorze ans, vient à la consultation le 8 avril 1900.

Antécédents héréditaires : Mère bien portante; père très nerveux; un frère bien portant.

Antécédents personnels : Né à terme. Coqueluche à cinq ans. Il fut atteint, il y a quatre ans, d'une attaque de

chorée de Sydenham, à la suite d'une peur; cette attaque fut accompagnée de douleurs articulaires.

Etat actuel : L'enfant est atteint, depuis quelques mois, de mouvements désordonnés plus marqués à droite.

L'enfant est devenu maladroit.

A l'auscultation du cœur, on ne trouve pas de souffle.

Pendant la marche, le bras droit ne suit pas la jambe droite.

Syncinésie plus marquée à droite, existe également à gauche; présente la même intensité quand on dit au malade de fermer fort les yeux.

Réflexes plantaire en flexion.

Réflexe patellaire plus fort à droite.

Les réflexes olécranien, du poignet, sont plus forts à gauche.

Hypotonie plus marquée pour le coude et le poignet à gauche, le genou et la hanche à droite.

Pas de signe d'Oppenheim, ni de Schœffer.

Pas de flexion combinée de la cuisse et du tronc.

Traitement : Repos au lit, liqueur de Boudin, régime lacto-végétarien.

Le 15 avril, on constate la présence des mêmes signes et, en plus, une diminution de la force musculaire des deux côtés.

OBSERVATION XIV

(Personnelle)

Marthe G. ., âgée de 9 ans, vient à la consultation le 10 novembre 1909.

Antécédents héréditaires : Mère bien portante; père malade, il a actuellement une pleurésie; une fille de

treize ans a présenté des convulsions pendant l'éruption dentaire. Pas de fausses couches.

Antécédents personnels : Née à terme. Convulsions à huit mois; à la suite des convulsions, elle a eu une contracture des membres inférieurs. Il y a un an et demi, elle a eu la scarlatine avec albuminurie; la malade a présenté en même temps des douleurs rhumatismales.

Les mouvements ont commencé par le côté gauche, il existait quelques mouvements à droite.

Examen : Réflexes tendineux normaux. Le réflexe patellaire est un peu prolongé à gauche.

Pas de Babinski.

Pas d'Oppenheim.

Hypotonie musculaire marquée surtout à gauche, pour l'épaule et un peu pour le membre inférieur. Force musculaire ne présente pas de différence appréciable entre les deux côtés.

Syncinésie très nette.

Diadococinésie nette à gauche.

Dysmétrie à gauche.

Pendant la marche, les mouvements du bras gauche ne suivent pas les mouvements de la jambe du même côté.

Peu de chose à la face.

Traitement : Repos au lit; deux cuillerées à café, par jour, de liqueur de Boudin.

OBSERVATION XV

(Personnelle)

Marcelle D..., âgée de 8 ans, vient à la consultation le 19 novembre 1909.

Antécédents héréditaires : père asthmatique et emphy-

sémateur. Mère bien portante, pas de fausse couche, pas de chorée dans la famille.

Antécédents personnels : Née à terme. Broncho-pneumonie à 6 mois, rougeole à 4 ans, pas de rhumatisme.

Les mouvements choréiques ont débuté il y a un an. Les mouvements se sont étendus aux quatre membres. Au bout de deux mois, le côté gauche a été paralysé. Cette paralysie dure six mois puis disparaît complètement, ainsi que les mouvements choréiques.

Les mouvements choréiques ont réapparu, il y un an et demi.

Le sommeil est très agité.

Examen : les réflexes tendineux : patellaire fort à droite, faible à gauche; pérostés faibles des deux côtés.

Pas de trépidation épileptoides.

Reflexes cutanés : plantaire à gauche, tendance à l'extension du gros orteil et extension nette des quatre derniers orteils; abdominal normal.

Le signe d'Oppenheim fait défaut.

Pas de flexion combinée de la cuisse et du tronc.

La force musculaire est normale.

Hypotonie musculaire bilatérale aux membres supérieurs.

Pas de dysmétrie, pas de diadococinésie.

Asynergie bilatérale.

Traitement : repos au lit.

Le 3 décembre pas d'amélioration.

Traitement : liqueur de Boudin.

Le 7 décembre : amélioration légère; le même traitement.

Le 4 février 1910 : persistance d'une faiblesse dans le membre supérieur et dans le membre inférieur gauche et dans le membre supérieur droit.

Signe de Babinski bilatérale par friction du bord cutané du pied.

Pas de différence entre les réflexes patellaires.

OBSERVATION XVI

(Personnelle)

Jeanne L. . . , âgée de treize ans et demi, vient à la consultation le 14 janvier 1909.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants.

Antécédents personnels : Rougeole, bronchite, coqueluche.

Examen : Hypotonie du coude et de l'épaule à droite.

Absence d'autres signes.

Roulement présystolique à l'auscultation.

Traitement : Repos au lit, liqueur de Boudin.

Le 4 février, amélioration notable.

OBSERVATION XVII

(Personnelle)

Marthe B. . . , âgée de dix ans, vient à la consultation le 8 octobre 1909.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Pas d'antécédents personnels.

Les mouvements choréiques ont débuté le 15 août par le côté droit. Quelques jours plus tard ont apparu des mouvements choréiques dans le côté gauche.

Examen : Les réflexes tendineux ne sont pas modifiés, le réflexe patellaire est prolongé.

Réflexes cutanés, abdominal normal par intermittence, le réflexe en extension des orteils.

Pas de signe d'Oppenheim.

Force musculaire, pas de différence entre les deux côtés.

Hypotonie musculaire du coude droit.

Diadococinésie bilatérale.

Dysmétrie, surtout marquée à droite.

Syncinésie nette par l'occlusion de la main droite.

OBSERVATION XVIII

(Personnelle)

Germaine B. . . , âgée de onze ans, vient à la consultation le 1^{er} avril 1910

Antécédents héréditaires : Parents bien portants, un enfant né à terme mort après la naissance, la mère ne sait pas de quoi, trois enfants bien portants.

Antécédents personnels , Née à terme, nourrie au biberon, elle a eu la rougeole à l'âge de quatre ans. Il y a quelques semaines, sans fièvre ni douleurs articulaires, les mouvements choréiques sont apparus. Actuellement, l'enfant présente quelques mouvements dans l'épaule droite surtout et elle ne reste pas un moment tranquille quand elle est debout.

Examen : *Hypotonie musculaire* légère, surtout marquée à droite du coude et du poignet.

Réflexe cutané plantaire en extension. Signe de Babinski à droite.

Diadococinésie bilatérale.

Réflexes tendineux : le réflexe patellaire et le réflexe achilléen sont normaux.

Le réflexe olécranien est plus faible à droite.

Pas de signe d'Oppenheim.

Le peaucier se contracte normalement des deux côtés.

Syncinésie bilatérale, mais un peu plus marquée à droite.

Pas de dysmétrie. Cœur normal.

Traitement par le repos au lit et par la liqueur de Boudin.

Le 8 avril, l'enfant est plus agité, les mouvements choréiques sont plus accentués et à l'examen on constate le signe de Babinski à droite. On trouve également à droite le signe de l'éventail.

Syncinésie dans la main droite par l'occlusion des paupières.

Hypotonie du coude gauche.

Hypotonie assez marquée du *membre inférieur* droit.

Troubles de la diadococinésie : Le traitement est le même.

Le 15 avril, l'enfant est plus calme. Le signe de Babinski est intermittent, mais le signe de l'éventail persiste avec la même netteté à droite.

OBSERVATION XIX

(Personnelle)

Julia M..., âgée de quinze ans, vient à la consultation le 9 juillet 1909.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants, douze enfants dont quatre sont morts de méningite et un mort-né. Pas de chorée chez les autres enfants.

Antécédents personnels : Née à terme, broncho-pneumonie à un an. Pas de convulsions.

Elle n'est pas encore réglée.

Il y a trois mois, mordue par un chien au bras, elle a eu une lymphangite du bras droit. Les mouvements choréiques ont débuté il y a quinze jours. La malade est devenue plus irritable, se plaint de fatigue et de quelques douleurs articulaires.

Examen : Pas d'hypotonie musculaire.

Syncinésie plus marquée à gauche.

Pas de diadococynésie.

Les réflexes tendineux normaux.

Signe de Babinski net à droite.

Pas de signe d'Oppenheim.

Pas de flexion combinée de la cuisse sur le bassin.

Le 15 juillet, réflexe plantaire en flexion.

Le 31 juillet, dans aucune attitude on n'observe de signe de pronation.

Syncinésie légère de la main droite par l'occlusion des paupières.

OBSERVATION XX

(Personnelle)

Suzanne A. . . , âgée de sept ans, vient à la consultation le 8 octobre 1909.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Née avant terme à sept mois. Début des mouvements choréiques dans le côté droit à la suite d'une émotion il y a deux semaines. Pas de fièvre ni de rhumatisme, sauf quelques douleurs vagues dans l'articulation du genou.

Examen : Réflexes tendineux normaux.

Réflexes de Babinski, à droite.

Pas de signe d'Oppenheim.

Hypotonie musculaire du coude droit.

Syncinésie à droite.

Pendant la marche, les bras sont en abduction très marquée.

Diadococinésie et dysmétrie à droite.

A l'auscultation du cœur, on constate une irrégularité dans les battements et un prolongement du premier bruit.

OBSERVATION XXI

(Personnelle)

Marie V..., âgée de onze ans, vient à la consultation le 15 octobre 1909.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Pas de maladies antérieures, sauf une bronchite au mois de mars. Il n'y a qu'un mois que du côté droit ont apparu les mouvements choréiques.

Examen : Signe de Babinski à droite.

Le réflexe patellaire est prolongé.

Pas d'hypotonie musculaire, ni d'un côté ni de l'autre.

Troubles de la *diadococinésie* à gauche.

Pas de dysmétrie.

Traitement : Repos au lit.

Le 5 novembre 1909, *Réflexes tendineux forts*, surtout le réflexe patellaire droit.

Syncinésie de la main droite par l'occlusion de la main gauche.

Pas d'hypotonie.

Le réflexe plantaire est plus faible à droite.

Le 19 novembre, très grande amélioration. Les mouvements choréiques ont disparu. On constate seulement, par intermittence, le signe de Babinski à droite,

OBSERVATION XXII

(Personnelle)

Louise R..., âgée de dix ans, vient à la consultation le 26 décembre 1909.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Née à terme, mais en état d'asphyxie. Rougeole à deux ans. Depuis six ans, l'enfant présente des mouvements choréïques intermittents durant de cinq à six mois et qui disparaissent pour réapparaître dans quelques mois. Actuellement, la rechute dure depuis le mois d'août.

Les mouvements prédominent toujours du côté droit.

Examen : *Hypotonie* musculaire plus marquée aux membres supérieurs et à droite.

Réflexe cutané plantaire en extension.

Signe de Babinski à droite.

Signe de la pronation de la main droite.

Pas de dysmétrie, pas de syncinésie.

Le bras droit, pendant la marche, ne suit pas les mouvements de la jambe du même côté.

Le 31 décembre, persistance du signe de Babinski à droite; à gauche, on constate un redressement des quatre derniers orteils. Amélioration sous l'influence du repos.

Le 14 janvier, le signe de Babinski a disparu.

Le 4 février, disparition presque totale des mouvements. Le bras droit, pendant la marche, ne suit pas les mouvements de la jambe du même côté.

OBSERVATION XXIII

(Personnelle)

Jeanne L..., âgée de sept ans, vient à la consultation le 12 novembre 1909.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants; deux enfants bien portants; pas de fausses couches.

Antécédents personnels : Pas de maladies antérieures, pas de rhumatisme. Les mouvements choréiques débutent au mois d'août 1909 par l'épaule droite.

Antécédents personnels : La première maladie remonte à huit mois environ; l'enfant a souffert à cette époque de rhumatisme articulaire dans les membres inférieurs. La crise fut violente, dura trois mois. Il y a trois mois, il s'est plaint de nouveau de douleurs vagues dans les bras. Quelques semaines plus tard apparaissent les premiers mouvements choréiques qui ont augmenté sensiblement depuis un mois.

Etat actuel : Les mouvements choréiques existent dans le côté droit.

Le petit malade fait preuve d'une grande maladresse quand il se sert de son bras droit, *la dysmétrie est nette* à droite.

Troubles de la diadococinésie à droite.

La force musculaire est égale des deux côtés.

Les réflexes tendineux sont normaux et égaux des deux côtés.

On ne réussit à provoquer ni le clonus du pied, ni celui de la rotule.

Les réflexes : crémastères et abdominal normaux.

Le réflexe cutané plantaire se fait très souvent en extension mais inconstamment.

De même, on obtient inconstamment le signe d'Oppenheim.

Ni contracture, ni hypotonie.

Signe de la pronation de la main droite.

La flexion combinée de la cuisse sur le bassin légère à droite.

Le peaucier se contracte également des deux côtés.

Syncinésie bilatérale mais plus marquée.

La ponction lombaire révèle une lymphocytose discrète. Actuellement les mouvements sont surtout marqués dans le côté droit et à la face. Pendant tout l'examen, il ne s'est produit aucun mouvement.

Examen : Hypotonie musculaire de l'épaule et du coude à droite.

Diadococinésie légère à droite.

Réflexes tendineux normaux.

Réflexes cutanés : le réflexe abdominal et normal, le réflexe cutané plantaire en extension ; signe de Babinski à gauche.

Dysmétrie légère, à droite.

Traitement par le repos au lit et par la liqueur de Boudin.

Le 8 décembre. L'enfant est plus agité, les mouvements choréiques plus accentués, sommeil agité ; température 38°. Le réflexe patellaire plus fort à droite.

Hypotonie musculaire plus marquée de l'épaule droite du coude droit, de la hanche droite et du genou droit.

Disparition du signe de Babinski à gauche.

Pas de signe d'Oppenheim ; pas de dysmétrie nette.

Syncinésie nette à droite.

Traitement : repos au lit et liqueur Boudin.

OBSERVATION XXIV

(Personnelle)

Marcel Vas..., âgé de 11 ans 1/2, vient à la consultation le 15 octobre 1909.

Antécédents héréditaires : Mère bien portante, a eu la chorée à 11 ans. Père bien portant, deux enfants : l'aînée âgée de 25 ans a eu la chorée ; deux fausses couches.

Antécédents personnels : Née à terme, convulsions, grippe à l'âge de deux ans. Pas de rhumatisme. A eu déjà deux attaques de chorée. La première atteinte il y a deux ans, à un mois et demi. La deuxième a lieu en 1908 à la suite d'une peur. Les deux fois, le côté droit a été plus atteint.

La troisième attaque débute il y a quinze jours, sans cause appréciable, par le bras droit.

Examen : Chorée légère. *Hypotonie musculaire* du coude droit et de la main droite. Pas de syncinésie, pas de dysmétrie, mais un peu de maladresse de la main droite. Le signe de Babinski est intermittent à droite, plus net par la friction du bord externe du pied.

Traitement par le repos au lit.

OBSERVATION XXV

(Personnelle)

Cécile M..., âgée de treize ans, vient à la consultation le 3 décembre 1909.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants. Elle est l'aînée de six enfants dont un est mort de la dysenterie.

Antécédents personnels : Née à terme. Pas de convulsions. Pneumonie au mois de février 1909. Elle a actuellement la quatrième attaque de chorée. La première attaque a eu lieu, il y a cinq ans, sans douleurs articulaires, mais à la suite d'une frayeur; les mouvements choréiques n'ont cependant débuté que deux semaines après.

La dernière attaque a débuté, il y a quinze jours, par le côté droit. Les mouvements choréiques prédominent dans le bras et dans l'épaule à droite. Il y a quelquefois une gêne pour parler.

Examen : Réflexes tendineux : le réflexe patellaire est plus faible à droite, les autres sont normaux et égaux des deux côtés.

Réflexes cutanés : le réflexe abdominal est normal; le réflexe cutané plantaire est faible à droite. Les signes de Babinski et d'Oppenheim font défaut.

Hypotonie musculaire du coude droit très nette tant en flexion qu'en extension du coude.

Syncinésie nette à droite.

Pas de flexion combinée de la cuisse sur le bassin.

Diadococinésie droite.

Traitement par le repos au lit.

Le 10 décembre, Persistance des mouvements choréiques à droite.

Dysmétrie très nette à droite, dans la préhension du verre.

Pas de signe de Babinski.

Pas de diminution notable de la force.

Traitement par le repos au lit et par la liqueur de Boudin (deux cuillerées à café).

Le 28 janvier 1910, les mouvements choréiques sont plus accentués. *Traitement* par l'antipyrine : 0 gr. 50 puis 3 gr. par jour pendant une semaine; repos au lit.

Le 18 février, légère diminution des mouvements choréiques.

OBSERVATION XXVI

(Personnelle)

Adrienne G..., âgée de huit ans, vient à la consultation le 27 avril 1900.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants. Quatre grossesses : une fausse couche, deux enfants nés avant terme sont morts après la naissance.

Antécédents personnels : Née à terme, Nourrie au sein par la mère, elle n'a jamais eu des convulsions. Varicelle à treize mois, rougeole à quatre ans, coqueluche à l'âge de cinq ans.

Les mouvements choréiques ont débuté il y a deux semaines, accompagnés de douleurs articulaires dans toutes les jointures. La mère prétend que l'enfant avait eu en même temps de la fièvre. En plus, l'enfant est tombée à l'école, où elle s'est blessée. Les mouvements choréiques ont débuté le jour de l'accident. Le sommeil est agité.

Examen : L'enfant est agitée. Les mouvements choréiques prédominent dans le côté droit.

Les réflexes tendineux sont vifs, il y a une tendance à la trépidation spinale par la percussion du tendon rotulien.

Les réflexes cutanés sont normaux.

Pas de flexion combinée de la cuisse sur le bassin.

Diadococynésie bilatérale.

Syncinésie bilatérale un peu plus marquée à droite rien par l'occlusion des paupières.

Dysmétrie nette, surtout à droite; elle existe aux mem-

bres inférieurs ; quand la malade porte le talon sur le genou de l'autre côté, elle dépasse le but.

Ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien normal. Hypertension très marquée.

Traitement par le repos absolu au lit et par la liqueur de Boudin.

OBSERVATION XXVII

(Personnelle)

Madeleine R..., âgée de huit ans, vient à la consultation le 27 avril 1910.

Antécédents héréditaires : Mère bien portante, une fausse couche de deux mois. Père très nerveux. **I**ut enfants, dont trois enfants sont morts en bas-âge de la broncho-pneumonie et un enfant né avant terme, mort quelques heures après la naissance.

Antécédents personnels : Née à terme, nourrie au sein par la mère, elle a eu une gastro-entérite aiguë sans convulsions, une rougeole à deux ans, une coqueluche à quatre ans. Elle tousse actuellement et est atteinte de mouvements choréïques depuis deux semaines, à la suite d'une céphalée accompagnée de fièvre, mais non de douleurs articulaires.

Examen : *Hypotonie musculaire* des membres supérieurs plus marquée à droite et principalement au coude. Hypotonie musculaire, également du membre inférieur droit.

Réflexes tendineux : réflexe patellaire normal, réflexe achilléen très vif des deux côtés.

Réflexes cutanés : réflexe abdominal normal, réflexe cutané plantaire modifié ; il y a de temps en temps une tendance à l'extension du gros orteil.

Les signes d'Oppenheim et de Schœffer font défaut.
Pas de flexion combinée de la cuisse sur le bassin.
Pas de diadococinésie, mais la *dysmétrie nette* du membre inférieur droit existe également à gauche.
La force musculaire notablement *diminué*e des deux côtés.
Pas de syncinésie. Cœur normal.
Ponction lombaire. Liquide céphalo-rachidien normal.
Traitement par le repos au lit et la liqueur de Boudin.

OBSERVATION XXVIII

(Personnelle)

Clovis J..., âgé de onze ans, vient à la consultation le 23 mars 1910.

Antécédents héréditaires : Mère très nerveuse. Père bien portant. Trois enfants dont deux morts de la broncho-pneumonie et un de convulsions.

Antécédents personnels : Né à terme, élevé au biberon, il a eu la broncho-pneumonie à un an, la rougeole et la coqueluche à quatre ans. Il fut atteint, à la fin du mois de janvier de cette année, d'une angine assez forte. Est devenu, depuis un mois, plus nerveux et plus irritable et, depuis deux semaines, il est agité de mouvements choréïques qui ont débuté du côté gauche ; quelques jours après, se sont étendus au côté droit.

Examen : L'enfant présente en outre quelques mouvements des lèvres de la langue et des paupières.

Comme signe, on trouve seulement l'*hypotonie musculaire* légère à gauche, plus marquée au membre inférieur.

Les réflexes tendineux sont plus forts à gauche. Pas de dysmétrie. *Troubles de la diadococinésie bilatéraux.*

Réflexes cutanés : abdominal normal, plantaire normal ;
il y a une abduction de gros orteil.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Souffle à la pointe.

Ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien normal.

Traitement par la liqueur de Boudin et par le repos
au lit.

Le 8 avril, l'enfant est plus calme ; on constate une exagération des réflexes achilléen, patellaire et aléocranien à gauche.

L'abduction du gros orteil par l'excitation de la plante des pieds persiste.

Le 13 mai, les réflexes tendineux sont vifs des deux côtés.

OBSERVATION XXIX

(Personnelle)

Marcel D..., âgé de onze ans, vient à la consultation le 10 juin 1910.

Antécédents héréditaires : Mère bien portante. Père alcoolique. Sept enfants, dont deux morts de gastro-entérite et un après la naissance (présentation de l'épaule).

Antécédents personnels : Né à terme, nourri au sein par la mère. Gastro-entérite et rougeole à deux ans.

Il fut atteint de chorée pour la première fois au mois de juin 1909 et guéri complètement en trois mois.

Il y a quinze jours que les mouvements choréïques ont débuté de nouveau dans le côté gauche.

Sommeil normal.

Examen : Les réflexes tendineux sont normaux du côté droit ; à gauche, le réflexe patellaire est affaibli, le réflexe

achilléen complètement aboli, les réflexes olécranien, radial, sont exagérés.

Hypotonie musculaire légère, plus marquée à gauche.

Syncinésie : L'occlusion de la main et des paupières provoque les mouvements choréiques dans la main gauche.

Flexion combinée de la cuisse sur le bassin :

Le signe de Babinski fait défaut.

Le signe d'Oppenheim est en flexion à droite, plus faiblé à gauche.

Dysmétrie légère par préhension du verre, à gauche.

Pendant la marche, la main gauche est en pronation forcée, mais elle suit les mouvements de la jambe du même côté.

Traitement : repos au lit, liqueur de Boudin.

OBSERVATION XXX

(Personnelle)

Pierre A..., vient à la consultation le 26 janvier 1910.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : rougeole à 4 ans.

Il y a trois mois, le malade fut atteint de rhumatisme articulaire aigu. Peu de temps après ont débuté dans le côté droit les mouvements choréiques.

Examen : Les réflexes tendineux sont normaux.

Pas de signes de Babinski.

Syncinésie de la main droite.

Dysmétrie droite très-nette de membre supérieur.

Hypotonie musculaire légère du coude droit. Traitement par le repos au lit et la liqueur de Boudin.

Le 4 février. Amélioration. *Légère dysmétrie* de membre inférieur droit, Signe de la pronation de la main droite. *Hypotonie* du membre inférieur droit.

OBSERVATION XXXI

(Personnelle)

Lucienne C..., âgée de treize ans, vient à la consultation, le 30 juillet 1909.

Antécédents héréditaires: Parents bien portants. Un frère a eu la chorée à la suite d'une frayeur.

Antécédents personnels: Née à terme. Rougeole et varicelle en bas âge. Réglée il y a un an et demi régulièrement.

Les mouvements choréiques ont débuté subitement, il y a quinze jours, dans les membres inférieurs et surtout dans les mains.

Examen: *Hypotonie musculaire très marquée de tout le côté gauche.*

Reflexes tendineux normaux.

Force musculaire normale.

Pas de troubles de la diadococinésie.

Traitement: Par le repos au lit et par la liqueur de Boudin.

OBSERVATION XXXII

(Personnelle)

André P..., âgé de huit ans, vient à la consultation, le 17 janvier 1910.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels: Pas de maladies antérieures.

Mouvements choréiques remontant pour la deuxième fois à une quinzaine de jours sans cause apparente.

L'enfant est très nerveux et très irritable.

Examen: Comme signe, on trouve une légère *hypotonie* de l'épaule droite et du coude droit.

Traitement: Par le repos absolu au lit et par la liqueur de Boudin.

OBSERVATION XXXIII

Présentée par M. André-Thomas à la Société de Neurologie le 3 juin 1909 (résumé).

X..., âgé de quatorze ans, rien à signaler dans les antécédents: personnels et héréditaires.

Les mouvements choréiques sont apparus exclusivement localisés dans le côté droit, au mois de mai 1909. L'état général était moins bon.

Examen: 17 mai. Les mouvements siègent dans le côté droit avec une prédominance marquée pour le membre supérieur.

Les réflexes tendineux peuvent être considérés comme normaux sauf les réflexes des membres supérieurs qui sont peut être plus forts qu'à l'état normal, mais égaux des deux côtés.

Pas de signe de Babinski, pas de signe de Schœffer, pas de signe d'Oppenheim.

Hypotonie musculaire du triceps brachial droit.

Signe de la pronation plus marquée de la main droite.

Syncinésie plus accusée de la main droite.

La flexion du bras est un peu moins énergique à droite qu'à gauche.

Les mouvements de la langue sont moins actifs pour le côté droit que pour le côté gauche.

Le 28 mai, deuxième examen. La plupart de ces symptômes se sont atténués sauf l'hypotonie du coude. Par contre, *les troubles de diadococinésie* sont des plus nets à droite.

Ponction lombaire: liquide céphalo-rachidien normal.

OBSERVATION XXXIV

Présentée par M. André-Thomas à la Société de Neurologie, le 3 juin 1909 (résumé).

Malade âgé de cinq ans et demi, examiné à la consultation du professeur Déjerine, à la Salpêtrière. Rougeole à deux ans, rhumatisme articulaire aigu, il ya six semaines. L'enfant reste huit jours à l'hôpital Trousseau. Quelques jours après sa sortie de l'hôpital, apparaissent les premiers mouvements choréiques. La chorée n'existe qu'à droite, elle prédomine au membre supérieur; il ne s'agit pas de mouvements à proprement parler, mais de secousses.

Examen: La force musculaire est diminuée dans tout le côté droit.

Signe de la pronation de la main droite.

Syncinésie droite. Dymétrie de la main droite pour la préhension d'un verre.

Troubles de la diadococinésie à droite rien de semblable à gauche.

L'épaule droite est un peu abaissée.

A la face les mouvements choréiques n'existent qu'à droite.

Le peaucier se contracte un peu moins à droite.

La moitié droite de la langue est très légèrement parésiée.

La parole est devenue difficile les mots sont mal articulés.

Les réflexes tendineux; le réflexe patellaire est aboli à droite, le réflexe achilléen manque des deux côtés, les réflexes des membres supérieurs sont faibles. Réflexes cutanés: abdominal faible à droite, plantaire en extension, signe de Babinski à droite et signe de l'éventail, mais le tenseur de fascia lata ne se contracte pas; à gauche le réflexe plantaire en flexion et le tenseur du fascia lata se contracte.

Le réflexe crémastérien n'existe pas, l'enfant est cryptochide; mais tandis qu'à gauche le frottement de la face interne de la cuisse provoque une contraction des fibres inférieurs du grand oblique de l'abdomen rien de semblable ne se produit à droite.

OBSERVATION XXXV

Présentée par M. André-Thomas à la Société de Neurologie le 3 juin 1909 (résumé).

Malade de huit ans, chez lequel les premiers mouvements choréiques sont apparus il y a un mois environ. Dans ses antécédents on ne relève qu'une otite aiguë le mois précédent.

La chorée est exclusivement localisée dans le côté droit, elle est caractérisée par des *secousses clonico-toniques* dans les muscles de l'épaule et surtout dans le muscle trapèze.

Les réflexes tendineux sont égaux des deux côtés. La force musculaire normale.

Hypotonie musculaire du triceps brachial. Le signe de Babinski à droite,

OBSERVATION XXXVI

Présentée par MM. André Thomas et Tinel à la Société de Neurologie le 6 mai 1909 (Résumé).

Hemichorée et signes de lésion organique du système nerveux central. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

G. T..., âgé de treize ans, est venu à l'hospice de la Salpêtrière, le 21 avril 1909, pour des mouvements choréïques exclusivement localisés dans le côté droit, prédominant de beaucoup dans le membre supérieur.

Antécédents héréditaires : Mère bien portante. Père alcoolique. Sur treize enfants cinq sont morts, la plupart d'affections cardiaques et un seul de méningite.

Antécédents personnels : La première maladie remonte à huit mois environ ; l'enfant a souffert à cette époque de rhumatisme articulaire dans les membres inférieurs ; les genoux étaient très enflés, la crise était très violente et dura trois mois.

Il y a trois mois, il s'est plaint de nouveau de douleurs vagues dans les bras ; quelques semaines plus tard, apparaissent les premiers mouvements choréïques, qui ont augmenté sensiblement depuis un mois.

Etat actuel le 16 avril 1909 : Les mouvements choréïques existent exclusivement dans le côté droit, dans le membre supérieur.

Le malade présente une grande maladresse quand il se sert de son bras droit.

Dysmétrie dans la préhension.

Troubles de la diadococinésie.

Réflexes tendineux normaux.

Signe de Babinski.

On obtient le signe d'Oppenheim.

Ni contracture, ni hypotonie.

Signe de la pronation.

Syncinésie plus accusée de la main droite.

Un léger degré de flexion combinée de la cuisse sur le bassin.

Ponction lombaire. Lymphocytose discrète.



CONCLUSIONS

1° La chorée de Sydenham se rattache étiologiquement aux maladies infectieuses, parmi lesquelles le rhumatisme articulaire aigu joue un rôle indiscutable.

2° Les divers états infectieux peuvent, dans certaines conditions, retentir sur le système nerveux, produisant des lésions qui se traduisent par la chorée.

3° Ces lésions doivent être légères et facilement réparables puisque, dans la majorité des cas, la chorée de Sydenham guérit.

4° En nous appuyant sur les signes trouvés chez nos malades : l'hypotonie musculaire, le signe de Babinski, la modification des réflexes tendineux la flexion combinée de la cuisse sur le bassin, les troubles de la diadococinésie, les syncinésies, la dysmétrie, le signe de la pronation constatés chez les sujets atteints de lésions organiques du système nerveux.

5° En nous basant sur la fréquence de la chorée unilatérale ou la prédominance sur un seul côté, soit seulement au début, soit pendant l'évolution.

6° Nous sommes portés à penser que la chorée de Sydenham n'est pas une simple névrose, mais une affection organique, que l'écorce cérébrale ou la voie pyramidale sont le siège de cette affection et que l'encéphalite ou méningo-encéphalite légère sont la nature de cette affection.



Vu : *Le Président de thèse,*
DEJERINE.

Vu : *Le Doyen,*
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRÉ-THOMAS. — De la nature organique de certaines chorées de Sydenham. *Revue neurologique*, 3 juin et 30 juin 1909.

La Clinique, 19 février.

Congrès de Nantes, 4 août 1909.

La Clinique, 29 août 1909.

ANDRÉ-THOMAS et TINEL. — *Revue neurologique*, 3 juin 1909.

BABINSKI. — Relâchements des muscles dans l'hémiplégie. *Société biologique*, 1896, p. 207, 171.

Phénomène des orteils et leur valeur sémitologique. *Semaine médicale*, 1898, p. 321.

Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique de l'hémiplégie hystérique. *Gazette des Hôpitaux*, 5 et 8 mai 1900.

Bulletin de la Société médicale, 20 juillet 1897.

Sur la diadococniésie. *Revue neurologique*, 1902, p. 1013.

La chorée de Sydenham, affection organique. *Médecine moderne*, août 1905, p. 265-266.

Revue neurologique, 1905, p. 120.

Asynergie cérébelleuse. *Revue neurologique*, 1879.

BABEMIEUX. — Les réflexes dans la chorée de Sydenham. *Archives de médecine d'enfants*, 1908.

BUCCELLI. — Les troubles psychiques dans la chorée vulgaire en rapport avec le trouble
Revue neurologique, 1903.

CHARCOT et BOUCHARD. — Traité de la Médecine.

CLAUDE. — Sur la chorée prolongée. *Revue neurologique*, 20 juin 1909.

Séance de la Société de Neurologie, juin 1909.

CLAUDE et LHERMITTE. — Syndrome choréique. *Société de Psychiâtrie*, Paris, 2 janvier 1909.
Encéphale, février 1909.

CHARPENTIER. — Signe de Babinski dans la chorée de Sydenham. *Revue neurologique*, 1906, p. 1176.

DELCOURT et R. SAND. — Un cas de la chorée de Sydenham terminée par la mort. *Archives de médecine des enfants*, 1908.

DUPUY. — Thèse de Paris, 1908-1909.

ESNER. — *The Philadelphia medical*, journal sur le réflexe rotulien dans la chorée de Sydenham, 8 juin 1901.

HUTINEL et BABONNEIX. — Traité des maladies des enfants, 1909.

HEY. — Sur l'hypotonie musculaire dans la chorée. *Revue neurologique*, 1908, p. 485.

JUMENTIÉ et CHENET. — Séance de la Société de Neurologie, 1^{er} juillet 1906.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Un cas de la chorée chronique avec autopsie, présenté au Congrès de Nantes.
Revue neurologique, 30 août 1909.

MOSSOLONGO. — Contribution à la pathogénie de la chorée molle. *Revue neurologique*, 1893.

MERY et BABONNEIX. — Un cas de la chorée mortelle.
Gazette des Hôpitaux, 1908.

ODDO. — *Revue neurologique*.

OPPENHEIM. — Traité, 1908.

SAINTON. — Rapport sur la chorée chronique (Congrès de
Nantes). *Revue neurologique*, 30 août 1909.

SICARD. — Séance de la Société de Neurologie, le 3 juin
1909.



Imprimerie spéciale H. CHACORNAC
9, rue de l'Éperon — PARIS
